FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude des Ptoses viscérales

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT CHIRURGICAL

PAR

Alain-Évariste-Marie JAMYOT DE LA HAYE

Né à Rennes, le 27 Juillet 1888.

Président : M. le Professeur Paul SEGOND,

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital de la Salpétrière, Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

RENNES

IMPRIMERIE FR. SIMON, SUCCESSEUR DE A. LE ROY

IMPRIMEUR BREVETÉ

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. N...
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	P. MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. GILBERT. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	RATHERY
BERNARD.	DUVAL (Pierre)	LEQUEUX	RETTERER
BRANCA	GOUGEROT	LŒPER	RICHAUD
BRINDEAU	GREGOIRE	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (André)	GUENIOT	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	GUILLAIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS.	JEANNIN	MULON	SICARD
CARNOT	JOUSSET (André)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LABBÉ (Marcel)	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU.	LANGLOIS	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LEMIERE	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur FERRAND

Chirurgien-Chef de l'hôpital Saint-Yves.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA SALPÉTRIÈRE, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Contribution à l'Étude des Ptoses viscérales.

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT CHIRURGICAL

INTRODUCTION

Nous définirons avec Glénard la ptose viscérale : « l'état d'abaissement des organes abdominaux, sains d'ailleurs, au-dessous de leur siège normal et dans le sens de la pesanteur. » C'est le déplacement pathologique avec mobilité anormale qui caractérise la ptose, tandis que l'ectopie est constituée par un déplacement pathologique avec fixité de l'organe déplacé. Les organes le plus souvent abaissés sont le rein (néphroptose), l'estomac (gastroptose), l'intestin (entéroptose); mais tous les organes peuvent prendre part au processus ptosique et nous voyons le foie, la rate, le cæcum lui-même se déplacer et constituer l'hépatoptose, la splénoptose, la cæcoptose. Nous nous trouvons

alors en face d'une maladie grave, capable de causer les troubles les plus divers et les plus pénibles. Cette maladie, cette « panoptose, » suivant l'expression de Duchenne, doit nécessairement être traitée. Tout traitement rationnel doit se baser sur l'étiologie. Avant d'étudier le traitement des ptoses viscérales, nous devons essayer de déterminer les causes qui les produisent.

Mais tout d'abord, nous devons ici remplir un agréable devoir de reconnaissance envers tous ceux qui furent nos maîtres pendant la durée de nos études. Nos premières années d'études cliniques se firent sous la direction des professeurs Bertheux et Dayot, successivement stagiaire, puis externe dans leurs services de médecine et de chirurgie; nous avons gardé de ces années le meilleur souvenir.

Notre cousin et ami le docteur Harscouët de Keravel a droit à tous nos remerciements : il nous présenta en effet au docteur Ferrand, chirurgien-chef de l'hôpital Saint-Yves, qui voulut bien, sur sa recommandation, nous prendre comme interne. Pendant trois années, le docteur Ferrand, non content de nous prodiguer au jour le jour ses excellentes et pratiques leçons, nous a accueilli dans son intimité et nous donne encore chaque jour des preuves de sa bonté et de son amitié pour nous. Nous lui dédions cette thèse, qu'il nous a du

reste inspirée, et nous le prions d'accepter ce trop faible hommage de notre reconnaissance. Que ses collègues de l'hôpital Saint-Yves, les docteurs Lautier, Sauvain, Lemercier, Bossoreil, reçoivent aussi tous nos remerciements : ils ont été à la fois pour nous des maîtres éclairés et, nous osons le dire, de bons amis.

Nous devons remercier également tous ceux qui, par leurs leçons ou leurs conseils, contribuèrent à notre instruction médicale : MM. les professeurs Lhuissier, Bodin, Millardet, Chevrel, MM. les docteurs Jambon, Bourdinière.

M. le professeur Segond, en acceptant la présidence de notre thèse, nous fait le plus grand honneur, nous le remercions ici vivement de sa haute bienveillance.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0000alai_c8t2

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Étiologie des ptoses viscérales.

Les organes contenus dans la cavité abdominale sont, comme le fait remarquer Tuffier, sans cesse soumis à deux forces contraires qui, à l'état normal, se font équilibre. D'un côté, nous avons la puissance, qui est constituée par le poids des organes et le diaphragme; cette puissance forme ce que l'on appelle la pression abdominale : elle est égale, d'après Hartmann, à vingt centimètres d'eau. De l'autre côté, nous avons la résistance, qui est constituée par la paroi abdominale, le plancher pelvien, les ligaments suspenseurs. Il est bien évident que tout ce qui augmente la puissance (traumatisme, corset, augmentation de poids des viscères), que tout ce qui diminue la résistance (relâchement de la paroi abdominale et du plancher pelvien, relâchement des

ligaments suspenseurs), crée un déséquilibre et devient un agent de ptose.

I. — Traumatisme.

Le traumatisme n'a qu'un rôle très secondaire dans la genèse des ptoses viscérales. La plupart du temps on ne peut mettre en évidence son action que dans la production des néphroptoses. Il s'agit généralement alors soit d'une chute d'un lieu élevé sur les talons : dans un cas cité par Hénoch, il y eut ainsi une ptose des deux reins simultanément; soit d'une compression exagérée par éboulement comme dans le cas cité par Balthazard dans son cours sur les accidents du travail. Dans ces cas, le rein s'énuclée pour ainsi dire de sa loge fibreuse. Presque toujours ces ptoses rénales sont des trouvailles d'autopsie.

Pour que le traumatisme occasionne une ptose, il faut une prédisposition Il faut, suivant Faure, « ce trouble mal défini de la nutrition qui se traduit par une disposition particulière du tissu fibreux à se laisser distendre. » La grossesse, qui diminue la résistance, favorise l'action de la puissance traumatique, aussi nous voyons dans la statistique de Glénard le traumatisme jouer un rôle étiologique vingt-deux fois chez les femmes nouvellement accouchées, et deux fois seulement en dehors de ce cas.

Le traumatisme continu exerce une influence beaucoup plus considérable sur l'apparition des

ptoses. De même que nous voyons les efforts continus de toux occasionner des hernies chez les vieux tousseurs prédisposés, de même nous voyons les traumatismes continuels de l'équitation, de la danse, des efforts violents, occasionner des ptoses chez les prédisposés.

Parmi ces traumatismes continuels, il en est un que nous devons étudier spécialement, à cause de son importance évidente : nous voulons parler du traumatisme du corset.

II. — Corset.

Le corset a une action très différente sur la statique des organes abdominaux, suivant son point de constriction. Hayem et Lion distinguent avec beaucoup de justesse trois variétés d'action du corset.

1° Le corset exerce une compression à la région sous-mammaire ou sus-hépatique : il y a alors refoulement des organes de haut en bas, donc ptose. Dans ce cas, la ptose du foie est évidemment primitive. Le rein droit comprimé par le foie, mal soutenu par sa loge sans feuillet de Told, prend part au processus de ptose. Cette ptose du rein se fait d'autant plus facilement d'après la majorité des auteurs que la loge rénale est ouverte en bas. Lardennois, cependant, dans une communication faite à la Société de chirurgie, en 1910, soutient que la loge rénale est complètement fermée et démontre son assertion en y injectant une solution de gélatine.

2° Le corset produit de la constriction hépatique : les organes sont passés à la filière, allongés, mais non nécessairement ptosés. Dans cette variété la gastroptose domine le tableau pathologique. Grœdel soutient que l'allongement de l'estomac amène forcément sa ptose par accumulation des aliments dans la partie inférieure (1907).

3° Le corset exerce une constriction sous-hépatique. Dans ce cas, le corset soutient les organes intra-abdominaux, supplée à l'action de la paroi abdominale et possède une influence favorable : il n'y a pas de ptoses.

Parmi les ennemis du corset, nous devons citer Richet, Hertz, Voeglsang. Cruveilhier également accuse le corset. A son opinion se rallient Bartels, Müller, Werneck, Labadie-Lagrave. Lardennois, dans son article sur les ptoses du cæcum, indique aussi le corset comme facteur étiologique. Nous devons, en outre, citer ici l'opinion de notre maître, le docteur Ferrand : il nous a bien des fois répété que dans sa longue carrière médicale il n'avait vu de néphroptoses que chez des femmes, sauf une fois chez un homme, chez un officier de cavalerie, porteur de corset.

S'il a des détracteurs, le corset a aussi ses défenseurs. Parmi ceux-ci nous devons citer Bouvier, Landau, Faure, Glénard. Pour ce dernier, le corset n'a d'action néfaste que si le foie est déjà ptosé, et il agit alors en le repoussant de bas en haut, et de dehors en dedans. Dans une communication très

récente, Chilaïditi (de Vienne), montre l'importance de ce déplacement latéral du foie. A la suite de ce déplacement surviennent des interpositions viscérales qui ne font qu'augmenter la ptose.

En résumé, nous croyons que le corset, surtout le corset serré, est un agent de ptoses. Il est bien évident que certains corsets modernes, qui exercent une compression de bas en haut, et par là-même soutiennent la paroi abdominale, ne peuvent avoir qu'un excellent effet chez les prédisposées aux ptoses. Le corset que nous devons combattre est celui qui exerce sa constriction exagérée à la région sus-hépatique ou à la région hépatique : ce corset, en effet, ne peut qu'occasionner des troubles graves.

Le rôle joué par le corset dans la genèse des ptoses peut être mis en évidence par les faits cliniques. Les ptoses sont très fréquentes chez les femmes : par l'interrogatoire, on peut finir par faire la femme avouer qu'elle se serre. D'un autre côté, nous voyons beaucoup de ptoses chez les citadines nullipares, habituées au port journalier du corset, alors que les femmes de la campagne coutumières des plus durs travaux, se levant quelques jours après leur accouchement, et ne portant le corset qu'à de très longs intervalles, malgré ces circonstances défavorables, sont très rarement ptosiques.

III. — Augmentation de poids des viscères.

L'augmentation de poids d'un viscère n'est jamais assez considérable pour causer à elle seule la ptose de ce viscère; chez des prédisposés son rôle doit être pris en considération pour une part qui est cependant toujours très minime. A côté de l'augmentation de poids nous devons ranger les tiraillements qui sont produits sur des organes restés en place par des organes déjà ptosés. Voici comment Glénard explique dans ce cas la pathogénie des ptoses : « Il y a atélectasie de l'intestin. Je propose « de la désigner par le terme d'entérosténose généra- « lisée chronique. Mais si l'intestin est sténosé, il en « résulte évidemment une diminution de la tension « intra-abdominale et une augmentation de la pe- « santeur spécifique des viscères : l'intestin vide de « gaz et dont le poids est encore augmenté par les « ingesta, n'est ainsi plus compensé, ne trouve pas « d'un autre côté un point d'appui efficace sur les « parois relâchées de l'abdomen. Il doit donc tirer « sur les ligaments suspenseurs, les tendre, peut- « être même les allonger ou les déformer. Il réalise « des conditions propres à favoriser son abaisse- « ment et en fait, on constate les signes de cet abais- « sement, puisque le transverse est à l'ombilic et le « grêle dans le petit bassin. » La splanchnoptose procède donc bien plus des viscères aux parois que des parois aux viscères : la paroi s'affaiblit et se relâche parce qu'il y a entéroptose. Pour Cuilleret, la né-

phroptose n'est pas une entité morbide; elle n'existe pas à l'état isolé, c'est un accident, une complication d'un syndrome plus général, qui est l'entéroptose. D'après Litten, Stiller, il y a d'abord ptose de l'angle droit du côlon, puis par tiraillement, ptose du rein, et enfin ptose de l'estomac.

Dans ces dernières années, Glénard est revenu sur cette question de la pathogénie des ptoses : il a montré le rôle considérable joué par le duodénum dans la genèse des ptoses, et tout récemment, à la Société de médecine de Paris, il a annoncé que la radioscopie confirmait l'existence des faits anatomiques et des déviations pathologiques sur lesquels il a basé la théorie de l'entéroptose.

Dans son abaissement, le côlon agit également sur le foie. L'angle droit du côlon est en effet réuni au foie par des ligaments assez résistants. Sur douze individus examinés au point de vue de ces ligaments Testut et Jacob ont trouvé quatre fois un ligament hépato-colique, trois fois un ligament cystico-colique et trois fois un ligament phréno-colique avec attaches au foie. Le foie tiraillé par le côlon, par l'intermédiaire de ces ligaments, aura tendance à basculer en avant, et à se déplacer de dehors en dedans.

Pour Mathieu, Brault, Legry, le rein peut se déplacer tout seul. Il peut y avoir néphroptose sans entéroptose. Nous croyons que la néphroptose légère peut être une ptose isolée, mais quand la néphroptose atteint un certain degré, il y a toujours en même temps ptose de l'estomac et du côlon.

IV. — Relâchement de la paroi abdominale.

Le relâchement de la paroi abdominale est la grande cause des ptoses viscérales, et en domine nettement l'étiologie. Ce relâchement de la paroi abdominale peut être congénital ou acquis. Le relâchement acquis survient surtout à l'occasion de la grossesse.

A) *Relâchement de la paroi abdominale dû à la grossesse.*

Linder, Brault et Küttner soutiennent que la grossesse n'a qu'une influence tout à fait secondaire dans la production des ptoses. A l'appui de leur affirmation, Linder et Küttner nous donnent deux statistiques de néphroptoses.

AUTEURS	NOMBRE D'OBSERVATIONS	NULLIPARES	PRIMIPARES	MULTIPARES
Linder	64	24	10	30
Kuttner	94	40	10	44
— (gastroptose)	39	10	12	17
TOTAL	197	74	32	91

Linder en conclut que les grossesses multiples ont seules une influence sur l'apparition des ptoses. C'est aussi l'opinion qu'exprimait tout récemment Hutchison à la Société médicale de Londres (1910).

Glénard, Landau et Faure reconnaissent que c'est très souvent à la suite d'une grossesse normale que la ptose apparaît. Le lever précoce des accouchées ne fait qu'aider à la production de la splanchnoptose.

La grossesse doit être considérée surtout comme une cause adjuvante : elle n'occasionne la ptose que lorsque la faiblesse musculaire de la paroi abdominale antérieure s'y prête.

B) *Relâchement de la paroi abdominale dû à l'amaigrissement.*

L'amaigrissement joue dans la pathogénie des ptoses viscérales un rôle analogue à celui qu'il joue dans la pathogénie des hernies. La graisse, qui est à l'état fluide chez le vivant, s'insinue entre les différents éléments des tissus fibreux, les dissocie. Lorsque sous l'influence de la maladie ou de la misère physiologique, l'individu s'amaigrit, la graisse cesse de fermer les orifices fibreux créés par elle, et la paroi s'affaiblit, offrant moins de résistance à la pression intra-abdominale. Les auteurs signalent la fréquente apparition des ptoses à la fin des maladies graves : fièvre typhoïde, entérites, rhumatisme articulaire aigu, etc.

C) *Relâchement de la paroi abdominale proprement dit.*

Chez certains individus nous voyons une paroi abdominale relâchée sans cause apparente. Ces malades ont une peau mince et flasque. Sous cette peau on trouve un tissu cellulaire très lâche, à peu près dépourvu de graisse. Les muscles droits, d'une couleur rose pâle, sont amincis et laissent parfois entre

leurs fibres atrophiées des interstices où les aponévroses s'accolent. Le tissu fibreux de la ligne blanche se laisse facilement distendre et présente une résistance beaucoup moins grande qu'à l'état normal : la ligne blanche paraît élargie. Lorsque les malades sont couchés on peut aisément déprimer leur paroi abdominale et faire une palpation pour ainsi dire directe des viscères que l'on a la sensation d'avoir sous la main : chez beaucoup on perçoit les battements de l'aorte abdominale et la pulpe des doigts pratiquant la palpation perçoit nettement la face antérieure du rachis. Dans la station debout, ces malades présentent une ensellure lombaire très marquée; le ventre, lorsqu'il n'est pas soutenu par une ceinture, tombe en avant; vu de face, il a l'aspect trilobé, bien décrit par Malgaigne. Dès leur passage du décubitus dorsal à la station debout, les malades sentent leurs malaises se produire ou s'accentuer nettement, et lorsque, se tenant derrière eux, le médecin soutient à deux mains leur ventre ptosé, remonte leurs organes abaissés, immédiatement ils accusent un soulagement. Il s'agit bien là, suivant l'expression de Tuffier, d'une maladie causée par une infériorité physiologique des tissus. Sous quelle influence se produit cette dystrophie musculaire? On a incriminé l'hérédité. Faure se rattache à cette théorie en accusant de la genèse des ptoses « cette cause prédisposante, constitutionnelle, héréditaire, qui vient avec la vie et qui s'en va avec la mort. » Reynier défend la même idée :

« On naît, dit-il, avec des centres fonctionnant mal, et devant toute la vie mal fonctionner. » Stiller montre la fréquente coexistence des dystrophies osseuses et de la dystrophie musculaire. Litten, Albarran, Bouilly et Legry admettent également l'influence considérable de l'hérédité. Pour Glénard la prédisposition héréditaire n'existe que dans la proportion de 11 pour cent : d'après lui, cette prédisposition n'est pas sous l'influence du système nerveux, mais bien sous l'influence du mauvais fonctionnement du foie. Les autres auteurs ont accusé la misère physiologique des parents, leur alcoolisme, leur syphilis de causer cette prédisposition.

Si l'hérédité a une influence, le sexe en a également une très grande. La splanchnoptose ne se voit guère que chez la femme. Les auteurs nous donnent à ce sujet des statistiques très probantes :

Glénard avant 1893	femmes 90 %
1899	83 %
Legny 1176 cas	87 %

Les femmes, a-t-on dit, sont plus sujettes aux ptoses viscérales pour trois raisons : parce qu'elles portent le corset, parce que la grossesse est une cause de ptose, parce que les jeunes filles ne font pas suffisamment d'exercices musculaires capables de développer les muscles droits de l'abdomen. Il est bien évident que chez les gens vigoureux, à muscles droits bien développés, il existe une sangle naturelle qui est capable de résister à la pression intra-abdominale.

La faiblesse ou le relâchement de la paroi abdominale est donc la grande cause des ptoses viscérales. A l'heure actuelle, la plupart des auteurs se rattachent à cette théorie pariétale des ptoses viscérales; nous devons citer les noms de Schwerd, Curschmann, Fleiner, Moriss, Wolkow Delitzine, Gallet, Rouffart, Cuckos.

V. — Relâchement du périnée.

Dans les derniers mois de la grossesse, le périnée, pour rendre le passage de l'enfant plus facile, subit un relâchement physiologique bien connu. A côté de ce relâchement physiologique nous devons mentionner le relâchement traumatique pathologique résultant des déchirures accidentelles produites lors du passage de l'enfant ou lors des manœuvres obstétricales. Les muscles profonds et superficiles étant déchirés, la voûte périnéale se trouve disjointe et ne résiste plus à la pression viscérale. Le premier organe qui quitte sa situation anatomique, est l'utérus : après l'accouchement, en effet, cet organe se trouve dans le prolongement du vagin et a sa voie toute tracée pour le prolapsus. D'une façon indirecte, la disjonction de la voûte périnéale agit sur les organes abdominaux : les viscères creux, l'intestin grêle d'abord, reposant sur le fond de l'utérus, le gros intestin ensuite, prennent part à l'abaissement de l'utérus, d'autant plus facilement que la paroi abdominale distendue pendant la grossesse offre moins de résistance à la poussée abdominale.

En résumé, les ptoses viscérales sont surtout dues au relâchement de la paroi abdominale, relâchement causé par une dystrophie musculaire particulière, plus fréquente chez les femmes, généralement congénitale, dont le développement est favorisé par l'absence d'exercices physiques capables d'augmenter la force des muscles droits de l'abdomen. Cette dystrophie musculaire peut à elle seule causer la ptose, mais la grossesse, le traumatisme, l'augmentation de poids des viscères, la constriction du corset, contribuent très souvent à la production des ptoses chez les prédisposés.

CHAPITRE II

Traitement des ptoses viscérales.

Le traitement des ptoses viscérales doit avoir deux buts différents : diminuer la puissance agissant de haut en bas, augmenter la résistance qui s'effectue au niveau de la paroi abdominale. Il est efficace surtout en renforçant le pouvoir de contention de la paroi abdominale, et nous verrons plus loin quels moyens nous pouvons employer pour atteindre ce but : ces moyens constituent un véritable traitement curatif de la splanchnoptose. Le traitement qui cherche à diminuer la puissance est au contraire un traitement prophylactique.

Traitement prophylactique

Le traitement prophylactique de la splanchnoptose est assez limité. Si avec Glénard nous admettons que la sténose de l'intestin est cause de l'entéroptose, nous n'avons que peu d'action sur cette sténose. Nous devons conseiller aux gros mangeurs, chez qui, d'après Glénard et Lardennois, on trouve

surtout des ptoses totales, de surveiller leur régime alimentaire : le régime qui leur convient est analogue à celui des dilatés : grillades, potages épais, légumes bien cuits, œufs peu cuits; abstinence la plus complète possible de boisson pendant les repas ; lorsque la soif est trop ardente, le malade peut boire un peu dans l'intervalle des repas.

Le traumatisme ne peut être évité, car il est dans presque tous les cas indépendant de la volonté. Le seul qui puisse être évité est le traumatisme continuel du corset. Les jeunes filles à paroi faible doivent éviter le port d'un corset serré : la ceinture-corset, dont la pression s'exerce de bas en haut, et qui s'applique sur les épines iliaques et non sur le foie, ne peut avoir qu'un bon effet. Le corset moderne droit paraît théoriquement avoir une influence moins néfaste que l'ancien corset. Malheureusement il est presque toujours mal appliqué, et son action se fait vite sentir chez les prédisposées; d'un autre côté, la femme autorisée à porter un corset a toujours la tentation de se serrer, il vaut donc mieux interdire le corset-ceinture plus ou moins hygiénique, et le remplacer par une ceinture orthopédique complétée par un soutient-gorge.

Le séjour au lit après les accouchements doit être exigé rigoureusement : la plupart des ptosiques de la campagne sont des multipares se levant très vite après l'accouchement. Cuckos insiste beaucoup sur l'utilité de cette prophylaxie post partum.

Traitement curatif

Nous signalerons seulement la cure de repos préconisée par Weir Witchell, Hutchison. Cette cure de repos est bien difficile à appl quer, et presque toujours les malades ne veulent pas se résoudre au décubitus dorsal prolongé exigé par cette cure. Du reste, le repos au lit n'améliore pas la tonicité des muscles droits, qui, au contraire, s'atrophient.

Nous n'étudierons pas en détail les différentes pexies qui ont pour objet de remplacer les ligaments insuffisants : beaucoup d'auteurs, et en particulier M. Tuffier, repoussent ces pexies, les trouvent illusoires dans la majorité des cas : la ptose se reproduit souvent malgré la pexie, si la résistance de la paroi ne peut supporter la pression intra-abdominale. Hammer et Gallet montrent que la gastropexie et la colopexie sont souvent inefficaces. Le traitement curatif doit avant tout combatttre le défaut de tonicité de la paroi abdominale ou suppléer par l'orthopédie ou la chirurgie au relâchement de cette paroi. De là, quatre groupes de traitement des ptoses : le traitement par la gymnastique, le massage, les ceintures orthopédiques, les interventions chirurgicales.

I. — La gymnastique.

La rareté des ptoses chez l'homme, leur absence pour ainsi dire complète chez les athlètes, pourtant

sujets aux traumatismes, doivent nous faire penser que la gymnastique est un moyen de traitement des ptoses. Il est évident que la gymnastique suédoise et particulièrement les mouvements de flexion et d'extension du tronc ont une action très favorable sur le développement des muscles grands droits de l'abdomen. Les muscles grands droits robustes font une excellente ceinture naturelle. La gymnastique suédoise doit donc être conseillée à la fillette et à la jeune fille : sous son influence nous ne verrons plus ces muscles droits pâles et minces réduits, pour ainsi dire, à quelques fibres; nous ne verrons plus cette ensellure lombaire exagérée, qui, d'après Cseri et Tuffier, est un signe de faiblesse de la paroi abdominale antérieure.

Mais la gymnastique peut surtout agir à titre prophylactique; nous ne croyons pas, en effet, qu'elle ait jamais pu, à elle seule, guérir les ptoses viscérales.

II. — Le massage et l'électricité.

Le massage de la paroi abdominale antérieure comme traitement des ptoses a été préconisé par Kumpf. Le massage, d'après cet auteur, agirait en rétractant le péritoine et en donnant de la tonicité aux muscles grands droits de l'abdomen. Cette rétraction de l'abdomen sous l'influence du massage nous paraît bien problématique, mais le massage doit cependant être considéré comme un moyen adjuvant pour donner la tonicité aux muscles : à lui seul

il n'a jamais pu refaire une paroi abdominale disloquée. L'électricité, sous forme de courants galvaniques ou faradiques, excite la contractilité des muscles droits, et contribue à leur développement. Comme le massage, l'électricité doit être employée comme moyen secondaire dans le traitement des ptoses viscérales.

III. — Les ceintures orthopédiques.

Parmi les ceintures orthopédiques, le plus souvent employées, la première en date est la ceinture de Glénard, dénommée par lui sangle pelvienne. Elle doit avoir pour but de serrer beaucoup, et de serrer la partie la plus inférieure de l'abdomen : pour remplir ces deux conditions, elle est composée de deux bandelettes qui assurent « l'indépendance de constriction des bords supérieur et inférieur, » et elle est munie de sous-cuisses qui l'empêchent de remonter. Elle doit être appliquée à l'hypogastre juste à partir du pubis, et être bouclée à la région lombaire après avoir contourné la région pelvi-trochantérienne, de telle sorte que son bord supérieur ne dépasse pas la côte iliaque de plus d'un travers de doigt. Lors de l'application de la ceinture, on doit commencer par boucler la bandelette inférieure. Le tissu ne doit pas être trop mou : il doit, tout en conservant son élasticité, être résistant.

Depuis Glénard, on a imaginé une foule de ceintures, qui toutes ont pour but de refouler la masse intestinale de bas en haut, d'avant en arrière : cette

masse intestinale refoulée agit comme une pelote et remonte le foie, le rein, l'estomac. Nous devons citer le bandage de Leiter-Guyon, recommandé par Legry. A la Société médicale des Hôpitaux, Gaston Durand et Raulot-Lapointe montrent les bons effets de la sangle inextensible à pelote pneumatique de Henriquez, et présentent des radiographies à l'appui de leur dire.

Tout récemment, Charnaux propose une nouvelle ceinture qu'il nomme « pneu-sangle antiptosique. » D'après lui, cette ceinture agit dans toutes les ptoses, soit immédiatement (ptose de l'intestin, de l'estomac), soit médiatement par l'intermédiaire de la masse viscérale refoulée (ptose du rein, du foie). « Il faut, dit Charnaux, emprisonner l'organe ptosé en soulevant et en massant les autres viscères autour de lui. »

Les ceintures ont deux inconvénients principaux : elles gênent les malades, qui souvent les abandonnent ; elles peuvent remonter quand les sous-cuisses se relâchent et, alors mal appliquées, elles aggravent les ptoses au lieu de les améliorer.

IV. — Les interventions chirurgicales.

Ne peut-on pas, par une intervention chirurgicale, retrécir une paroi abdominale relâchée, comme on ferme un conduit herniaire ou comme on refait un périnée déchiré? Dans ces dernières années, plusieurs chirurgiens ont affirmé pouvoir guérir les ptoses par des interventions chirurgicales retrécissant

la paroi abdominale. Lorsque les ceintures orthopédiques n'ont pas donné de résultats favorables,on doit à tout prix soulager, par la chirurgie, les ptosiques, véritables infirmes soumis à des souffrances continuelles.

Lorsque, chez des malades atteints de splanchnoptose, couchées sur un plan légèrement incliné de haut en bas, et d'avant en arrière, de façon à ce que les ptoses ne se réduisent pas spontanément, on saisit à pleines mains la paroi abdominale, peau, tissu cellulaire sous-cutané, en faisant un long pli allant de la région xyphoïdienne au pubis, on voit les organes ptosés reprendre leurs positions anatomiques, et l'on peut, par la percussion et la palpation, se rendre compte de la réduction des ptoses. Ce que l'on fait d'une façon passagère en faisant un pli à la peau, on peut le faire d'une façon permanente par une intervention chirurgicale. Cette intervention chirurgicale a été faite par différents procédés.

A) **Procédé Gallet.**

On commence par une incision transversale, de l'extrémité antérieure de la onzième côte à la partie correspondante de la onzième côte du côté opposé. Des deux extrémités de cette incision on fait deux incisions obliques aboutissant à une ligne horizontale passant par l'ombilic en un point situé à environ cinq centimètres de la ligne médiane. Des deux extrémités inférieures de ces incisions,on trace deux

incisions courbes formant les trois quarts d'un losange se terminant au-dessus du pubis par une pointe assez prononcée. Après ablation du lambeau cellulo-cutané ainsi limité, on résèque la ligne blanche, péritoine compris, jusqu'au bord antérieur des muscles droits. Le ligament suspenseur du foie (il s'agissait d'une hépatoptose) est ensuite attiré dans l'angle supérieur de la plaie et suturé de manière à le raccourcir fortement et à placer le foie dans une position normale. La paroi abdominale est suturée avec le plus grand soin, en trois plans, par un seul sujet, au catgut, de manière à former une masse solide qui s'oppose à toute éventration ultérieure. La suture de la peau est pratiquée par un surjet de soie, de façon à obtenir une cicatrice en forme de T.

B) **Procédé Heindenhain.**

Heindenhain conseille d'employer le procédé de Piccolo pour la cure radicale de la hernie ombilicale. On fait une incision médiane xypho-pubienne. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont séparés des tissus sous-jacents en rasant l'aponévrose pour éviter les hémorrhagies. Le côté droit est soulevé et la partie profonde du côté gauche accolée au péritoine droit et suturée sur une longueur de cinq travers de doigts; puis le côté droit est suturé sur le côté gauche sur la même longueur. On fait ensuite une suture de la peau après résection.

c) **Procédé Rouffart.**

1° On fait une incision en raquette d'un lambeau cutané abdominal : la partie arrondie de la raquette est située à la région inférieure de l'abdomen, l'extrémité représentant le manche de la raquette est médiane et arrive à l'ombilic.

2° On ouvre la gaine des muscles droits : ces muscles étant étalés, on en rassemble les fibres en un rouleau que l'on maintient par des fils de catgut.

3° On résèque la ligne blanche.

4° On ouvre le péritoine et on résèque un lambeau péritonéal. En même temps on enlève aux aponévroses un lambeau dont l'étendue est calculée de manière à rapprocher les lèvres de la plaie aponévrotique.

5° On suture en surjet *a)* le péritoine; *b)* le bord interne du feuillet postérieur de la loge du muscle droit : parfois ce feuillet n'est pas distinct de la couche de tissu conjonctif qui double le péritoine, et par conséquent, il ne peut être suturé à part; *c)* les bords internes des muscles droits et les feuillets antérieurs de leur loge aponévrotique; *d)* la peau. Les sutures profondes sont faites au catgut, les sutures superficielles à la soie ou aux crins de Florence.

Le procédé de Heindenhain n'a pas, à notre connaissance, été employé. Le procédé Gallet a été employé cinq fois par son auteur : sur les cinq interventions, Gallet a eu quatre succès et une mort par shock opératoire. Le procédé Rouffart, employé

quatre fois, a donné trois succès et une mort par shock (il y eut en même temps une intervention pénible sur les voies biliaires). Nous voyons donc que ces différentes laparectomies ont donné des succès : les malades suivis depuis n'ont pas vu se reproduire leurs ptoses. Cette opération de la laparectomie a été approuvée par Terrier et Auvray, Pantaloni Buttcher. Lambotte, au contraire, a prétendu qu'elle était inefficace.

Les procédés Rouffart et Gallet avaient pour but de compléter, par l'excision d'une partie de la paroi abdominale, différentes pexies. Mais la laparectomie, le resserrement de la paroi abdominale peut à elle seule suffire à maintenir les organes ptosés. Notre maître, le docteur Ferrand, a, depuis 1895, procédé un grand nombre de fois à une excision partielle de la paroi abdominale, et cette excision a suffi, comme le prouvent nos observations, à guérir les ptoses. Voici la technique, un peu différente, suivie par le docteur Ferrand dans ses interventions : On trace deux incisions partant de l'appendice xyphoïde et se rejoignant au niveau du pubis, de façon à circonscrire un lambeau cellulo-cutané de forme ovoïde à grosse extrémité dirigée en bas; il est en effet très important que le resserrement soit très marqué en bas et aille en diminuant de bas en haut. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané étant enlevés, on excise également dans toute sa hauteur un tiers environ de l'aponévrose antérieure des muscles droits, de façon à en réséquer un peu plus à la

partie inférieure qu'à la partie supérieure. La partie interne des muscles droits est alors découverte, on dissèque ensuite suffisamment de leur face postérieure pour permettre le rapprochement de leurs bords et même le chevauchement. Si le péritoine est ouvert pendant l'excision de l'ombilic, on ferme immédiatement et rapidement la cavité par un point de catgut. Avant de procéder à la suture on s'assure que l'hémostase est parfaite. La suture est pratiquée avec un fil de soie nº 3 : elle se fait en surjet et part de la partie supérieure. Le premier point ne comprend que la peau, tandis que le second prend peau, aponévrose et muscles. Le troisième est semblable au premier, le quatrième semblable au second, et ainsi de suite, de façon à faire alterner un point superficiel avec un point profond. Le pansement est fait comme dans toute laparotomie : on applique ensuite un bandage de corps bien serré. Les fils sont enlevés seulement le onzième ou douzième jour. La malade peut se lever le vingt-et-unième jour après l'intervention.

Cette opération, dans un grand nombre de cas a suffi, sans aucune pexie, à guérir des ptoses viscérales, et ces guérisons ont été durables. En présence d'une malade dont la vie est rendue impossible par les souffrances de la ptose, et chez qui le traitement médical ou orthopédique n'a donné aucun résultat, nous devons recourir à ces interventions. Ces interventions refont une sangle naturelle capable de résister à la pression intra-abdominale. Le péritoine

n'est parfois ouvert que pendant un instant ou n'est pas ouvert, l'intervention n'est donc aucunement dangereuse. Sur le nombre des interventions que nous avons vu faire, il n'y a jamais eu de décès.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Observation I

(Communiquée par le Dr Ferrand).

Mlle R..., âgée de quarante-trois ans, cultivatrice, vierge, d'une vigoureuse constitution, se livre depuis son enfance aux travaux de la campagne. Elle a toujours porté un corset assez serré malgré la nature de ses travaux. Elle souffre depuis cinq ans de pesanteurs abdominales, qui l'ont forcée, depuis un an, à interrompre souvent son travail. Les digestions sont pénibles, toujours très lentes. La malade a souvent des vomissements alimentaires, et rejette fréquemment dans ces vomissements des aliments pris depuis vingt-quatre heures au moins. Elle a été adressée à l'hôpital en février 1899 pour une tumeur de la fosse iliaque droite. A l'examen on constate sans difficulté par le palper bimanuel que cette tumeur est un rein en ectopie qui fuit sous la pression de la main et réintègre facilement et presque com-

plètement sa loge. Le foie dépasse de deux travers de doigt le rebord costal; le côlon transverse est très abaissé. L'estomac, très dilaté, présente un clapotement intense, bien que la malade n'ait ni bu, ni mangé depuis la veille, c'est-à-dire environ quatorze heures. Elle maigrit depuis quelque temps, prétend souffrir beaucoup, et se sent incapable de travailler. Elle demande surtout que, par une intervention, on lui enlève ce qu'elle appelle sa tumeur, qui, dit-elle, la gêne plus que tout le reste : elle lui rapporte tous ses malaises : son manque d'appétit, ses mauvaises digestions, ses vomissements, sa faiblesse. L'abdomen est distendu, la paroi sans résistance et flasque. En saisissant la paroi abdominale à pleine main et en la resserrant en prenant le plus de tissu possible, on fait remonter très sensiblement les organes ptosés : rein, foie, estomac, intestin.

L'opération est pratiquée le 14 février. On enleva une très grande quantité de peau et de tissu cellulaire sous-cutané, environ 18 centimètres de largeur vers la partie inférieure de l'abdomen. Les muscles droits sont très rapprochés, de façon à chevaucher de deux centimètres l'un sur l'autre, et on réséque l'aponévrose. Suture par un surjet de soie. La suture est enlevée au douzième jour seulement, et la réunion est parfaite.

La malade revient consulter en mai 1903 pour des troubles d'estomac apparus récemment. Depuis l'intervention elle a repris ses travaux et ne se plaint plus de sa prétendue tumeur. Par le palper bimanuel on sent que le rein droit est encore très légèrement abaissé, le foie dépasse le rebord costal d'environ un travers de doigt. L'estomac est légèrement dilaté. La malade prétend que cette dilatation est re-

venue à la suite d'une ingestion plus considérable de liquide.

Note personnelle. - Nous avons vu la malade à plusieurs reprises dans les années 1910 et 1911, elle est en effet atteinte d'un anévrysme du tronc brachiocéphalique. Son rein est toujours très légèrement perceptible à la palpation bimanuelle. Sa paroi est solide et ses troubles digestifs ont totalement disparu.

Observation II

(Communiquee par le Dr Ferrand).

Mme R..., 38 ans, mariée à 23 ans, a eu trois enfants, sa dernière couche date de cinq ans : il s'agissait d'une grossesse gemellaire. Elle entre le 17 février 1901 à l'hôpital avec le diagnostic de cancer du pylore, porté par le médecin d'une localité voisine. Sa maladie date, dit-elle, de sa deuxième grossesse. Depuis cette époque elle a des troubles gastriques, dont l'intensité est allée en augmentant, et qui sont devenus intolérables depuis quelques mois. Les vomissements alimentaires sont fréquents. La malade est gênée par une sensation de pesanteur dans le ventre ; elle a porté une ceinture abdominale, qui maintenant ne la soulage plus. L'estomac est dilaté et ptosé. La néphroptose est complète à droite, mais il n'y a pas d'hépatoptose.

L'opération est pratiquée le 22 février. On fait d'abord une incision de l'appendice xyphoïde à deux centimètres au-dessous de l'ombilic. Le péritoine est ouvert, on explore

alors l'estomac, le pylore et la première partie du duodénum : on ne constate ni tumeur ni retrécissement. Il s'agit donc purement et simplement d'une splanchnoptose. L'incision est prolongée jusqu'au pubis, on résèque le péritoine entre les bords des droits et on le ferme par un surjet au catgut. On procède ensuite à la dissection de la face antérieure des droits. On enlève la peau sur une largeur de vingt-deux centimètres en bas. On ferme alors par un surjet à la soie un point superficiel alternant avec un point profond. Au bout de trois semaines, la malade quitte l'hôpital : son rein dépasse très légèrement les fausses côtes. Les troubles gastriques ont disparu.

Cette malade, revue en juin 1903, est dans un état très satisfaisant. Elle digère bien et a engraissé de sept kilogrammes.

Observation III

(Communiquée par le Dr Ferrand).

Mme N..., âgée de vingt-sept ans, a eu deux enfants; le dernier, il y a trois ans (1898) : elle accoucha trois semaines avant terme, par suite d'une hydropisie de l'amnios. Depuis dix-huit mois environ elle souffre d'une néphroptose droite. Elle présente de l'anorexie, les digestions sont très pénibles, avec pyrosis. Les différents traitements suivis par cette malade, tant pour son rein flottant que pour ses troubles gastriques, n'ont donné qu'un résultat de faible durée. La malade réclame une intervention qui seule, croit-elle, peut la

guérir. Il n'y a ni hépatoptose ni entéroptose. L'estomac présente du clapotement quatorze heures après l'ingestion de la dernière tasse de liquide. La paroi abdominale est extrêmement flasque, mais sans éventration. L'opération est pratiquée le 11 mai 1901. L'opération est pratiquée suivant la technique habituelle. La malade quitte l'hôpital quatre semaines après l'intervention.

Cette malade, revue en novembre 1902, trouve sa santé très améliorée par l'intervention, le rein droit est resté en bonne place.

Observation IV

(Communiquée par le Dr Ferrand).

Mlle X..., religieuse, âgée de vingt-huit ans, portait avant son entrée en religion un corset très serré. Elle présente une néphroptose droite très prononcée, son foie dépasse de deux travers de doigt le rebord costal, son estomac et son rein sont également ptosés. Après avoir subi pendant longtemps un traitement par les ceintures orthopédiques, elle n'a ressenti aucune amélioration; à l'heure actuelle, souffrant toujours et s'alimentant très mal, elle demande une intervention chirurgicale. L'opération est pratiquée le 3 juillet 1902, suivant la technique habituelle. Les suites opératoires se passent sans incident, la malade quitte l'hôpital à la fin de la troisième semaine. Les troubles gastro-intestinaux ont disparu et la malade s'alimente parfaitement.

La malade fut revue en 1904, elle revenait à l'hôpital pour une hernie crurale étranglée. La pointe du rein dépasse à peine le rebord costal, l'estomac n'est plus dilaté : il n'y a plus d'entéroptose. Le foie seul dépasse légèrement le bord costal.

Observation V

(Personnelle).

Mme J..., couturière, nullipare, âgée de 27 ans, répond parfaitement au portrait de la ptosique tracé par Glénard. La malade avoue avoir porté, depuis une dizaine d'années, un corset très serré. Depuis plusieurs années elle souffre de troubles gastriques avec fréquents vomissements alimentaires. Elle a maigri beaucoup depuis quelques mois. A l'examen de cette malade, on voit une paroi abdominale mince, flasque. Le rein droit est ptosé et est perceptible nettement à la palpation bimanuelle. L'estomac descend très bas et présente du clapotement longtemps après l'ingestion de boissons. Le côlon transverse est facile à mettre en évidence par la percussion, il est au-dessous de l'ombilic et dessine une courbe à concavité inférieure. L'interrogatoire nous apprend que la malade, en plus de ces troubles gastriques, souffre de troubles intestinaux, consistant en alternatives de constipation et de débâcles très pénibles. Après avoir longtemps subi différents traitements, la malade demande une intervention. L'intervention est pratiquée le 7 avril 1910, suivant la technique habituelle. Les fils sont

enlevés le douzième jour. La malade se lève au bout de 22 jours, et quitte l'hôpital le 14 mai. Ses troubles gastro-intestinaux ont alors disparu et son rein est remonté dans sa loge. La malade, revue depuis à différentes reprises, continue à se bien porter et a vu s'améliorer beaucoup son état général.

Observation VI

(Personnelle).

Mme G..., âgée de 30 ans, a eu un enfant en 1905. Ses couches ont été très normales. En 1906, elle a eu une pleurésie avec épanchement. Au moment de sa pleurésie, cette malade a beaucoup maigri. Peu de temps après sa pleurésie, la malade, souffrant de divers troubles, consulta un médecin, qui fit le diagnostic de néphroptose droite et conseilla une néphropexie. La néphropexie fut pratiquée à la fin de 1907. Au mois de septembre 1910, la malade vit réapparaître ses troubles nerveux et digestifs. N'ayant aucun appétit, et présentant des vomissements alimentaires, la malade recommença à maigrir. Cette malade fut examinée le 30 novembre 1910. La néphroptose droite s'était reproduite, le rein gauche était également ptosé. L'estomac, qui présentait du clapotement, était perceptible par la percussion, sa limite inférieure étant à l'ombilic.

Le resserrement de la paroi abdominale fut pratiqué le 5 décembre 1910. La technique habituelle fut employée, les

suites opératoires furent sans incidents, les fils furent enlevés le onzième jour. La malade quitta l'hôpital à la fin de décembre.

Cette malade, vue tout récemment, peut maintenant vaquer aux soins de son ménage sans aucune souffrance. Son état général s'est beaucoup amélioré : les troubles digestifs ont disparu. Les reins sont bien en place : on perçoit encore la pointe du rein droit par la palpation bimanuelle.

Observation VII

(Personnelle).

Mlle Marie J..., vierge, âgée de 41 ans, vient consulter au mois de novembre 1910. Cette malade, très nerveuse, se plaint de ne plus pouvoir travailler : elle a un service de femme de chambre peu dur, et cependant elle ne peut le remplir. Elle ressent au niveau du flanc droit une « grande pesanteur », et à l'occasion de chaque mouvement violent une douleur. Elle présente des alternatives de constipation et de diarrhée. La malade présente une néphroptose droite; elle a cependant subi une néphropexie en 1908, mais à la suite de cette néphropexie elle a ressenti un soulagement qui n'a duré que quelques mois. Son rein est à l'heure actuelle très abaissé. La malade se plaint surtout de ses troubles intestinaux, le gros intestin est très nettement au-dessous de l'ombilic. Lorsque la malade est debout, elle sent ses douleurs s'accroître, son abdomen tombe fortement en avant.

L'intervention est pratiquée suivant la technique habituelle, le 29 décembre 1910. Le cinquième jour après son opération la malade fait une légère congestion pulmonaire. Les fils sont enlevés le onzième jour. La malade s'étant levée au bout d'un mois, quitte l'hôpital en février 1911 : elle a engraissé et ne souffre plus.

CONCLUSIONS

La grande cause des ptoses viscérales totales, portant à la fois sur l'intestin, l'estomac, le foie, la rate, est le défaut de tonicité de la paroi abdominale antérieure. Ce défaut de tonicité porte sur les muscles droits de l'abdomen qui sont insuffisants et ne peuvent résister à la pression intra-abdominale. Le traumatisme, le corset, les exercices violents, la grossesse favorisent la production des ptoses. La splanchnoptose est plus fréquente chez les femmes.

Chez les prédisposées, le traitement prophylactique doit comprendre la gymnatique suédoise, capable d'augmenter la résistance des muscles droits. Le port du corset serré est interdit. Le corset prenant son point d'appui au niveau des régions iliaques et non au niveau de la région sus-hépatique exerce une pression de bas en haut et n'est qu'un agent curatif des ptoses. Lorsque la ptose est constituée, la malade doit porter une ceinture suppléant à la paroi abdominale trop faible, soit la sangle Glénard, soit la ceinture pneumatique de Enriquez ou de Charnaux. Si l'état morbide n'est pas amélioré par le port de la ceinture, on doit recourir au traitement chirurgical et conseiller la laparectomie ou resserrement de la paroi abdominale.

Cette intervention, pour être efficace, n'exige pas l'ouverture du péritoine, elle ne présente pas de dangers sérieux et paraît donner des résultats favorables et durables dans les cas où l'orthopédie avait échoué

Vu :

Le Professeur-Président,
Signé : Paul SEGOND.

Vu :

Le Doyen,
Signé : Dr LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
Signé : L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Albarran. — Rein mobile, in *Traité de Chirurgie* Le Dentu et Delbet. T. VII, p. 644. Paris, 1896.

Antoine. — Etiologie et pathogénie des ptoses viscérales. Bordeaux, 1904.

Bartet. — Du traitement médical et chirurgical du rein flottant et de ses complications.

— De l'intervention par la néphropexie en particulier. Bordeaux, 1901.

Brault. — Rein mobile, in *Traité de médecine* Charcot, Bouchard et Brissaud. T. V. Paris, 1893.

Blet. — Etude sur le foie mobile. Paris, 1876.

Chapotot. — Estomac et corset. Lyon, 1892.

Charnaux. — Pneu-sangle antiptosique, in *Presse médicale*, p. 191. Paris, 1911.

Chéron. — Entéroptose. *Union médicale*, 1888.

Chilaïditi. — Hépatoptose avec interpositions, in *Presse médicale*, p. 53. Paris, 1911.

— Classification de l'hépatoptose, in *Presse médicale*, p. 89. Paris, 1911.

Couturier. — De l'hépatopexie. Bordeaux, 1895.

Cuilleret. — Etude clinique sur l'entéroptose. *Gazette des hôpitaux*, 1888, n° 109.

Dauriac. — Suture des muscles droits par entrecroisement partiel. Paris, 1896.

Depage. — De l'intervention chirurgicale dans la splanchnoptose, in *Société belge de chirurgie*, p. 297. 1893.

Desmé. — Du rein flottant et de son traitement. Montpellier, 1885.

Ducatte. — Ptoses du gros intestin et leurs complications chirurgicales. Paris, 1900.

Durand et Lapointe. — *Société médicale des hôpitaux*, 20 janvier 1911.

Eynard. — De la gastroptose. Lyon, 1899.

Faure. — Appareil suspenseur du foie. Hépatoptose et hépatopexie. Paris, 1892.

Ferrand. — Traitement chirurgical des ptoses viscérales par resserrement de la paroi abdominale. *Pratique médicale en Bretagne*, 1911, p. 17.

Gallet. — Société belge de chirurgie, 1895.

Glénard. — *Lyon médical*, n° 13, p. 449. 1885.

— Rein mobile. *Bulletin de la Société médicale de Lyon*, 16 mars 1885.

— *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 15 mai 1886 ; 5 janvier 1887.

— Neurasthénie et entéroptose. *Semaine médicale*, 1886.

— Note sur la sangle pelvienne. *Province médicale*, 1887, p. 125.

— Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse. Détermination d'une espèce. *Lyon médical*, mars 1885.

— Conférence de l'hôpital Mustapha d'Alger. *Presse médicale belge*, janvier 1889.

— Exposé sommaire du traitement de l'entéroptose. *Lyon médical*, 1887.

GLÉNARD. — Néphroptose et entéroptose. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, p. 882. Paris, 1893.

— Ptoses viscérales. 1899.

— Etude sur les ptoses. *Journal de médecine de Paris*, 1903.

HARTMANN. — Cours d'ouverture de Médecine opératoire, in *Presse médicale*, p. 259. 1911.

HAYEM. — *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1885.

— La maladie du corset. *Archives de médecine*, 1895.

HERNETTE. — Pathogénie et traitement de l'entéroptose. Paris, 1896.

INGALLS. — On splanchnoptosis and its surgical treatment with a report of a case. *Annals of Surgery*, vol. XXXV, p. 319.

KAPLAN. — Contribution à l'étude de l'entéroptose. Paris, 1889.

LAMBOTTE. — *Annales de la Société belge de Chirurgie*, décembre 1895-janvier 1896.

LARDENNOIS. — Ptoses de cœcum, in *Presse médicale*, 1910, n° 45.

LEGROUX. — *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1885.

LEGRY. — Rein mobile, in *Manuel de médecine* Debove et Achard. T. VI, p. 780. 1896.

MARCHANT. — Hépatopexie. *Académie de médecine*, 15 août 1891.

MONLP. — General enteroptosis. *Medical News*, 1902, p. 1048.

MASSÉ. — Du traitement chirurgical de l'hépatoptose. Paris, 1898.

MATHIEU. — Estomac et corset. *Gazette des hôpitaux*, 1893.

MATHIEU. — *Soc. médicale des hôpitaux*, p. 885. Paris, 1893.

MONTENUIS. — Les déséquilibrés du ventre. Paris, 1894.

MOUTIER. — Ptoses, in *Pratique médico-chirurgicale* Brissaud, Pinard et Reclus. T. V, p. 679. Paris, 1907.

MAYER. — Chirurgie des ptoses viscérales. *Société belge de chirurgie*, 29 oct. 1904.

PELLET. — Contribution à l'étude de l'hépatoptose. Paris, 1902.

POURCELOT. — Entéroptose. Paris, 1889.

RENDU. — Article : Foie, in *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.*

REYNIER. — Etude sur les ptoses. *Journal de médecine de Paris*, 1903.

ROUFFART. — Troubles éloignés dus à des changements de la statique abdominale. *Société belge de chirurgie*, p. 310. 1893.

SALIGNY (DE). — Contribution à l'étude de la néphropexie sans suture. Paris, 1899.

SEGOND. — Hépatoptose, in *Traité de Chirurgie* Duplay et Reclus. T. VII, p. 303. Paris, 1892.

TESTUT et JACOB. — *Traité d'anatomie topographique*, 1909, passim.

TROQUART. — Traitement du rein mobile. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1890.

TUFFIER. — Rein mobile, in *Traité de Chirurgie* Duplay et Reclus. T. VII, p. 617. 1892.

— *Semaine médicale*, 1891.

— Sur une maladie caractérisée par une infériorité physiologique des tissus. *Semaine médicale*, p. 285. 1894.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I. — Étiologie des ptoses viscérales 13
CHAPITRE II. — Traitement des ptoses viscérales 27

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS 39
CONCLUSIONS 49
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 51

IMPRIMERIE BREVETÉE FR. SIMON, RENNES